

DESC Maladies infectieuses et Tropicales

Cas Clinique interactif n° 2 : Aspergillose sinusienne invasive

Pr. Benjamin VERILLAUD – Paris

Pr. Maxime HENTZIEN – Reims

Liens d'intérêt: Benjamin Verillaud

Période 2019-2024	Industrie pharmaceutique
Coordonnateur études	aucun
Investigateur études	aucun
Consultant	Medtronic, Sanofi-Genzyme
Invitation à des congrès	Amplifon, Medtronic, Sanofi-Genzyme
Orateur rémunéré	Amplifon, Collin, Mylan, Medtronic, Sanofi-Genzyme, GSK
Actionnaire	aucun

M. C. R., 42 ans

- Antécédents Médicaux :
 - Néphronophtise avec transplantation rénale il y a 6 ans sous Imurel, Corticoïdes, Rapamune
 - Infections secondaires : EBV, Parvovirus, Pneumocystose
 - maladie goutteuse connue avant la greffe
 - tassements vertébraux D6D7
 - ostéoradionécrose aseptique des 2 têtes fémorales
- Antécédents Chirurgicaux :
 - appendicectomie
 - parathyroïdectomie
 - adénoïdectomie
 - création de FAV en 1999

M. C. R., 42 ans

- Douleur sous orbitaire gauche puis hypoesthésie sous orbitaire, évoluant depuis 2 mois
- Traitement par Augmentin : persistance des symptômes

Que proposez-vous ?

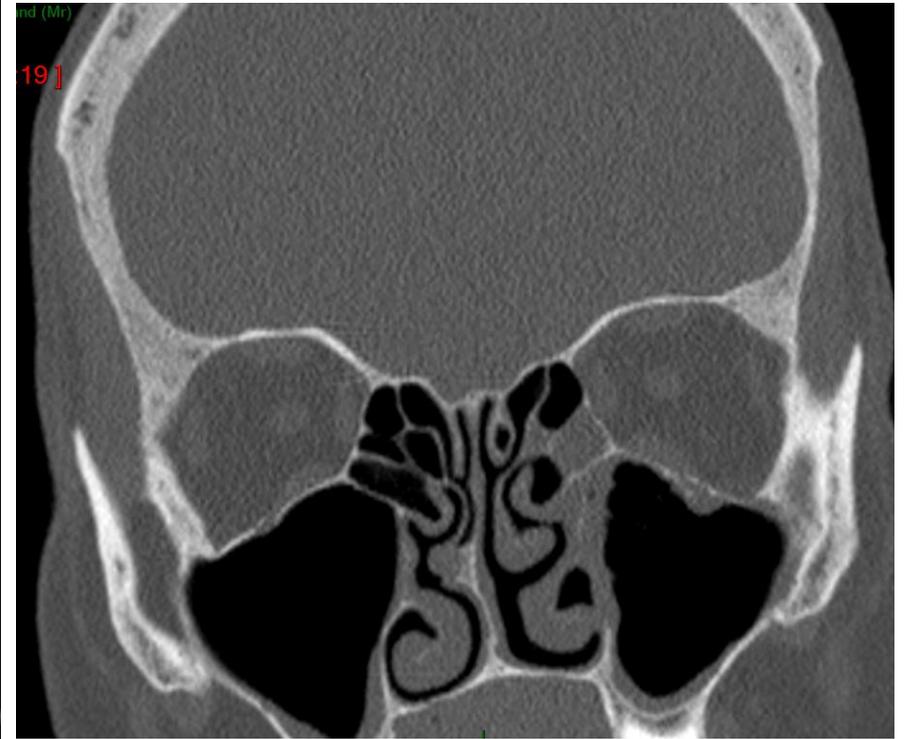
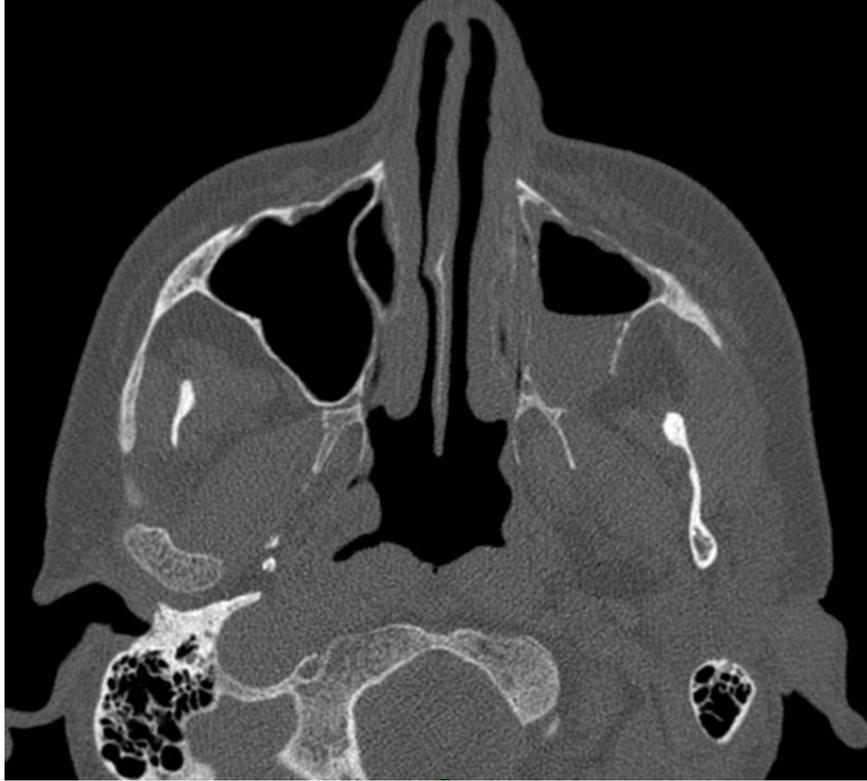
- A. Traitement antibiotique de 2nde ligne par Lévofoxacine
- B. Traitement antineuropathique
- C. Scanner des sinus
- D. IRM du massif facial
- E. Examen ORL en semi-urgence

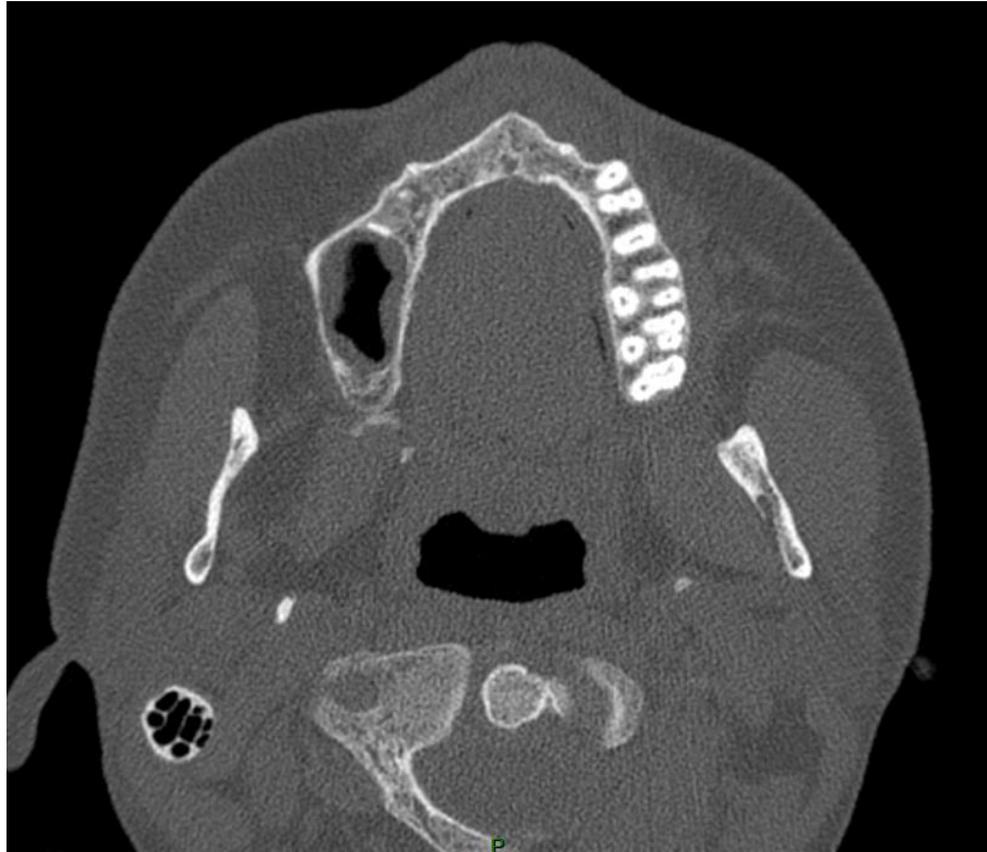
Que proposez-vous ?

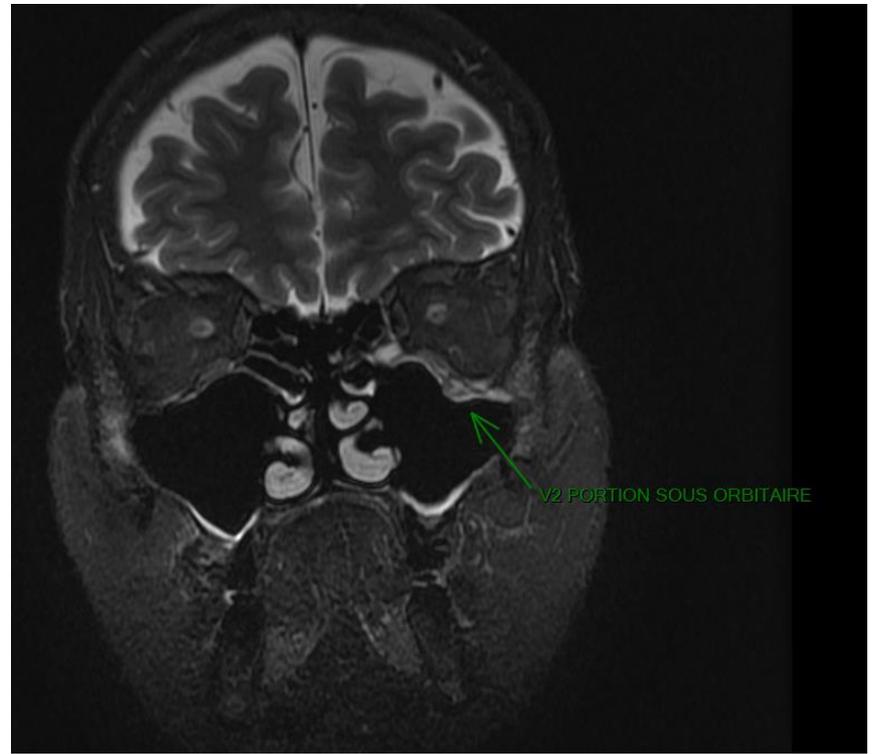
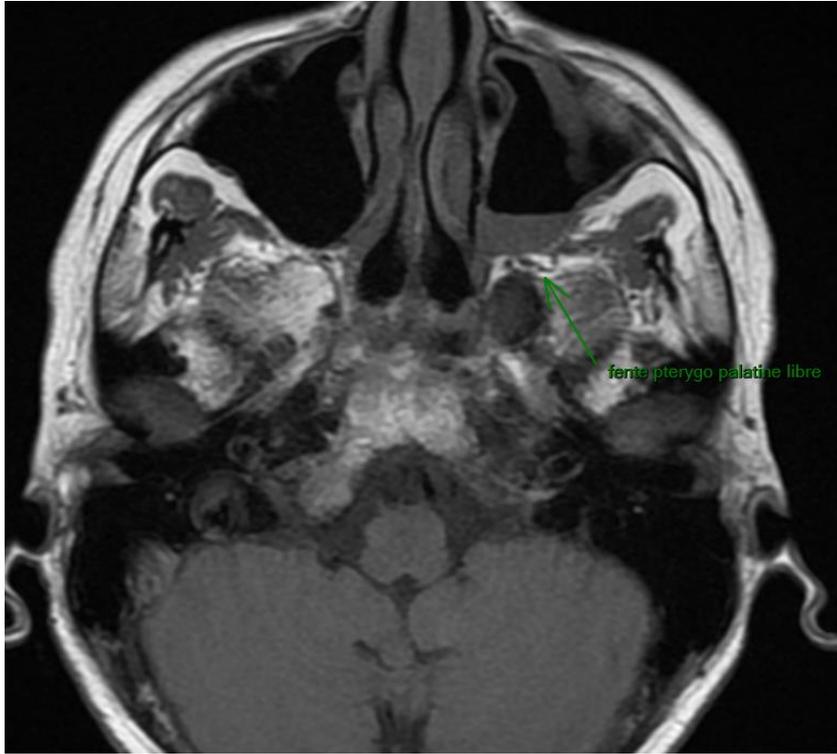
- A. Traitement antibiotique de 2nde ligne par Lévofoxacine
- B. Traitement antineuropathique
- **C. Scanner des sinus**
- **D. IRM du massif facial**
- **E. Examen ORL en semi-urgence**

Examen ORL

- L'examen retrouve à la naso-fibroscopie des fosses nasales propres avec une muqueuse bien vascularisée, et pas d'écoulement à l'ostium du sinus maxillaire gauche.
- Le reste de l'examen ne retrouve rien d'autre que l'anesthésie du V 2 gauche.







Que proposez-vous ?

- A. Biopsies au bloc opératoire en semi-urgence
- B. Arrêt du traitement anti-rejet
- C. Surveillance rapprochée avec contrôle d'IRM dans 3 mois
- D. Biopsies du sinus maxillaire en consultation
- E. Traitement antibiotique de 2^{de} ligne par Lévofloxacine

Que proposez-vous ?

- **A. Biopsies au bloc opératoire en semi-urgence**
- B. Arrêt du traitement anti-rejet
- C. Surveillance rapprochée avec contrôle d'IRM dans 3 mois
- D. Biopsies du sinus maxillaire en consultation
- E. Traitement antibiotique de 2^{de} ligne par Lévofloxacine

M. C. R., 42 ans

- Biopsies sous anesthésie générale : prélèvements positifs à *Pseudomonas Aeruginosa*
- Mycologie négative
- Anapath :

BIOPSIES SINUS MAXILLAIRE GAUCHE

Renseignements cliniques : *sinusite chronique maxillaire gauche chez un patient immunodéprimé (greffe rénale).*

1/ Paroi osseuse du sinus maxillaire gauche.

Trois fragments dont le plus grand mesure 0,6 cm. Inclusion en totalité en un bloc. Etude sur trois niveaux de coupe.

En histologie, on observe des fragments osseux associés à un tissu fibreux siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe à la fois plasmocytaire, lymphocytaire avec quelques polynucléaires. D'autres fragments intéressent des dépôts fibrinoleucocytaires associés à une nécrose d'aspect par endroits finement granuleuse, hémateinophile..

2/ Toit du sinus maxillaire gauche à proximité du nerf orbitaire.

Trois fragments mesurant chacun 0,5 cm de grand axe. Inclusion en totalité en un bloc. Etude sur trois niveaux de coupe.

En histologie, il s'agit de fragments de tissu fibro-musculaire associé à des filets nerveux. On observe un important infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles, pyophages et pyocytes disséquant les faisceaux de fibres musculaires striés. Il s'y associe des dépôts fibrino-leucocytaires et des thromboses.

3/ Fosse ptérygo maxillaire.

Il a été transmis deux fragments de 1 et 1,2 cm de grand axe. Inclusion en totalité. Etude sur trois niveaux de coupe.

En histologie, on observe des fragments de tissu conjonctivo-adipeux dont un est remanié par une fibrose dense associée à un infiltrat inflammatoire polymorphe mêlant lymphocytes, plasmocytes et nombreux polynucléaires. On observe également des pyocytes et des pyophages ainsi que des dépôts fibrinoleucocytaires en surface.

Il n'a pas été mis en évidence d'agents pathogènes sur les colorations spéciales réalisées sur les blocs 2 et 3 (Gomori-Grocott, Brown et Brenn).

CONCLUSION :

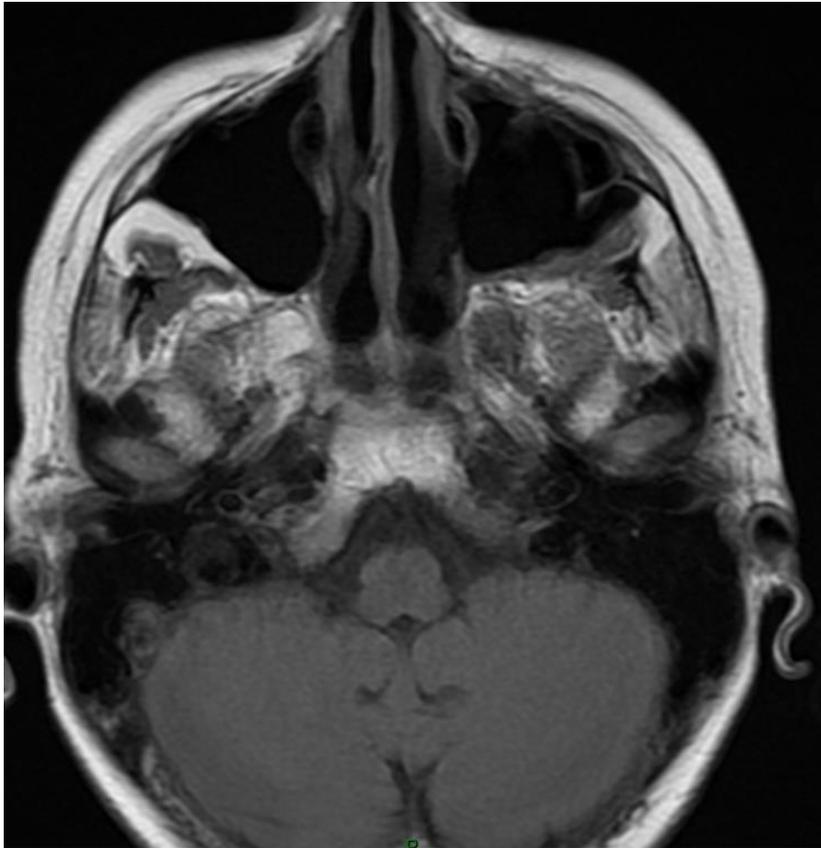
Remaniements inflammatoires aigus du sinus maxillaire compatibles avec une origine infectieuse, plutôt à germes banals. Pas de filament mycélien décelable.

M. C. R., 42 ans

- Diagnostic retenu d'ostéite bactérienne
- Antibiothérapie par Colimycine et Ciprofloxacine initialement puis par Ciprofloxacine seul (suspicion d'allergie au Fortum)
- Evolution : amélioration partielle des douleurs... puis apparition d'un œdème de paupière inférieure
- **Réévaluation avec bilan complet et biopsies sous AG**







M. C. R., 42 ans

- Biopsies sous anesthésie générale : prélèvements positifs à *Pseudomonas Aeruginosa*
- Mycologie : positif *Aspergillus fumigatus*
- Anapath :

BIOPSIES MULTIPLES DE L'ETHMOÏDE ANTERIEUR ET DU SINUS MAXILLAIRE GAUCHE

Renseignements cliniques : *Sinusite chez un patient immunodéprimé. Suspicion de sinusite fongique invasive.*

1 – Biopsies de la muqueuse de la paroi postérieure du sinus maxillaire gauche :

Plusieurs fragments inclus en totalité après fixation formolée.

Histologiquement, on observe des fragments de muqueuse de type respiratoire, dont le revêtement de surface est régulier. Le chorion est fibreux et inflammatoire, siège d'un infiltrat polymorphe. Au sein de quelques fragments détachés de muqueuse, on observe des spores mycéliennes.

2 – Paroi postérieure du sinus maxillaire :

Deux fragments inclus en totalité après fixation formolée. Coloration par l'HES et le Grocott.

Histologiquement, il s'agit de fragments osseux, en partie nécrosés. Dans les zones de nécrose on retrouve un matériel nécrotico-inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles altérés. La coloration par le Grocott met en évidence la présence de spores et de filaments mycéliens intra-osseux.

3 – Ethmoïde antérieur :

Trois fragments inclus en totalité après fixation formolée et brève décalcification.

Histologiquement, on observe une muqueuse respiratoire d'architecture préservée. Le chorion est légèrement fibreux et inflammatoire. En profondeur, la paroi osseuse est légèrement remaniée, avec un liseré ostéoblastique bien visible. Il n'est pas mis en évidence de spore ou filament mycélien.

CONCLUSION :

Présence de spores et filaments mycéliens dont la morphologie n'est pas évocatrice d'*aspergillus*, pouvant correspondre à du *candida*, au niveau de la paroi postérieure du sinus maxillaire gauche (à corrélérer avec les données de la mycologie). Pas de filament mis en évidence au niveau de l'ethmoïde antérieur.

M. C. R., 42 ans

- VORICONAZOLE
- Durée totale 1 an
- Guérison clinique, garde une enophtalmie modérée



benjamin.verillaud@aphp.fr